

Заявление на получение страховой выплаты по полису страхования путешественников

Я, _____, являясь

Застрахованным Выгодоприобретателем Родственником Наследником по закону Законным представителем

контактный телефон заявителя _____

В соответствии с условиями Полиса страхования путешественников № _____, выданному « _____ » _____ 20 ____ г.

(далее – Полис страхования), прошу возместить расходы по оказанию Застрахованному медицинских и иных услуг, предусмотренных Полисом страхования, в период его пребывания в поездке.

Сведения о Застрахованном

Фамилия, имя, отчество _____
Фамилия, Имя, Отчество полностью _____

Дата рождения _____
число, месяц, год _____

Телефон _____
телефонный номер _____ Электронная почта _____
адрес электронной почты _____

Адрес места пребывания _____

Документ, удостоверяющий личность _____
Паспорт гражданина РФ / Паспорт иностранного гражданина / Иной документ, удостоверяющий личность
Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность _____

Сведения о Получателе денежных средств

Фамилия, имя, отчество _____
Фамилия, Имя, Отчество полностью _____

Дата рождения _____
число, месяц, год _____ Гражданство _____

Место рождения _____

Телефон _____
телефонный номер _____ Электронная почта _____
адрес электронной почты _____

Документ, удостоверяющий личность _____
Паспорт гражданина РФ / Паспорт иностранного гражданина / Иной документ, удостоверяющий личность
Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность _____

Адрес жительства (регистрации) _____

Адрес места пребывания _____

ИНН (при наличии) _____ СНИЛС (при наличии) _____

Для иностранных граждан
или лиц без гражданства,
находящихся в РФ _____
Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____

Сведения поездке

Период пребывания в поездке: с « _____ » _____ 20 ____ г. по « _____ » _____ 20 ____ г.

Туристическая компания, организовавшая поездку _____

Цель поездки _____

Сведения о событии

Место события _____
Страна, территории и место, где произошло событие _____

Что стало причиной события? Болезнь Несчастный случай

Если заявление подается в связи с болезнью:

Описание симптомов болезни: _____

Дата, когда вышеуказанные симптомы появились впервые « _____ » _____ 20 ____ г.

Страдал ли Застрахованный ранее подобными заболеваниями? Нет Да

Если «Да», укажите, где и когда Застрахованный проходил лечение: _____

Если заявление подается в связи с несчастным случаем:

Описание обстоятельств несчастного случая:

Находилась ли Застрахованное лицо на момент наступления страхового события в состоянии алкогольного/наркотического опьянения: Нет Да

Связано ли наступление несчастного случая с противоправными действиями третьих лиц, сообщалось ли об этом в компетентные органы: Нет Да

Если «Да», необходимо указать название компетентного органа:

Дата события « » 20..... г. Время события: По местному времени

Причина обращения за медицинской помощью, жалобы:

Предпринятые действия:

Лечение Застрахованного

Дата обращения в Сервисную компанию: « » 20..... г.

Наименование (название) Сервисной компании:

Дата обращения в медицинское учреждение: « » 20..... г.

Ф. И. О. лечащего врача:

Диагноз врача:

Какое лечение было оказано?

Период стационарного лечения: с « » 20..... г. по « » 20..... г.

Общий период лечения: с « » 20..... г. по « » 20..... г.

Сведения о расходах

Перечень расходов (услуг), связанных с событием, с указанием их стоимости:

Какие из расходов и в каком размере компенсировались Сервисной компанией:

Общая сумма понесенных расходов составляет: Указать общую сумму

Прилагаемые документы

Факт события, обстоятельства, при которых оно произошло, его последствия, а также виды услуг и их стоимость подтверждаются следующими документами, прилагаемыми к настоящему Заявлению:

1. Страховой полис № от « » 20..... г.

2.

3.

4.

5.

Порядок страховой выплаты

- Наличными в кассе Компании (не более 100 000 рублей).
 Банковским переводом. Платежные реквизиты Получателя денежных средств:

Наименование банка

ИНН банка

БИК

Корреспондентский счет

Расчетный счет

№ личного счета

**Ф. И. О. Получателя денежных средств должны совпадать с Ф. И. О. владельца личного счета;
к Заявлению необходимо приложить копию паспорта Получателя денежных средств.**

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше, и разрешаю ПАО «Группа Ренессанс Страхование» собирать любую информацию касательно обстоятельств данного страхового случая.

Прошу произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, определенному Договором страхования.

Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом и/или родственником иностранного публичного должностного лица, должностным лицом публичной международной организации, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. **В ином случае Выгодоприобретатель обязуется предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя.**

Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства/нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ.

Подпись

Дата « » 20 .. г.

ПАО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется не разглашать предоставленную конфиденциальную информацию

Заполняется сотрудником ПАО «Группа Ренессанс Страхование»:

.....
Ф. И. О. сотрудника

.....
Подпись

.....
« » 20 .. г.
Дата принятия документов

Я,

Паспорт серия: номер: Дата выдачи: « » г.

Кем выдан:

Адрес регистрации:

Адрес проживания:

телефон: e-mail:

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных (далее — «ПД») и даю согласие на их обработку ПАО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 7, строение 22, этаж 4, пом. XIII (далее — «Оператор ПД»), в целях исполнения Договора страхования № от « » 20..... г. (далее – Договор), а также в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке страховых услуг, в том числе путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, на совершение следующих действий с ПД: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, день рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, имущественное положение, профессия, доходы, состояние здоровья и другие категории ПД. Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных. Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и пяти лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес ПАО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 7, строение 22, этаж 4, пом. XIII, не менее чем за три рабочих дня до даты отзыва согласия.

В случае достижения цели обработки персональных данных Оператор ПД обязан незамедлительно прекратить обработку персональных данных и уничтожить соответствующие персональные данные в срок, не превышающий 3 (трех) рабочих дней с момента достижения цели обработки ПД.

Я проинформирован о праве в любой момент отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД ПАО «Группа Ренессанс Страхование» предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в ПАО «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись

Дата « » 20..... г.